

漢方医学における「冷え症」の認識とその治療

寺澤 捷年

富山医科薬科大学附属病院和漢診療部

On the Recognition and Treatment of "Hie-Sho" (Chillphobia) in the
Traditional Kampoh Medicine

KATSUTOSHI TERASAWA

*Department of Traditional Sino-Japanese (Kampoh) Medicine,
Toyama Medical and Pharmaceutical University Hospital
2630 Sugitani, Toyama, 930-01*

(Received March 6, 1987)

The concept of "Hie-sho" (chillphobia) was reviewed with special reference to its diagnostic criteria, occurrence patho-physiological aspects and treatments. Questionnaire studies revealed that about 70% of female and about 50% of male patients visiting our clinic were suffering from "Hie-sho." This disorder was investigated patho-physiologically by using ultra-red thermography, core temperature thermography, and the microscopic video system. The results showed that "Hie-sho" was closely related to disturbance of micro-circulation and its regulatory system. In traditional Kampoh medicine, "Hie-sho" has been interpreted as imbalance between three important factors, *i.e.*, vital energy, blood and water. The cognition of the imbalance and the relevant Kampoh treatments were also reviewed in detail.

Keywords—Kampoh; chillphobia; criteria; treatment.

医という文字は「醫」の略字であると言われている。この文字は薬物治療を示す医と、外科的治療を示す灸と、呪術的な治療を意味する巫とから成っている。医療の本質的要素を抽象化しており興味深い。

医療と医学は車の両輪である。医を学問的に追究する部分が医学であり、他方、これを患者に施し、苦痛を除き、人生の内容を高める手助けをする行為が医療である。ところが現実には医療の場で重要な部分を占めながら医学のテーマとはなりにくいものが存在する。患者に接する医師の人格的な問題、あるいは心身症のような精神活動と身体的異常との関連などはその一例である。

本論でとりあげる「冷え症」も、医療の場で論じられることはあっても医学にはなじみにくい症状のひとつである。しかし漢方医学の世界では、古来これを重視し対応してきた。ここでは、「冷え症」に対する認識と治療方法について、いささかの私見をまじえて論じてみたい。

I. 「冷え症」とはいかなる病態か

「冷え症」は俗称であり、格別に定義を下さなくとも意味が通じてしまう用語である。とは言え、これに対し薬効評価を行うような論文¹⁾において、その前提として本症の定義が為されていないのは問題であろう。

私の調査した範囲では『医学大辞典』²⁾においてのみ定義づけが行われている。これによると、「身体の他の部分は、まったく冷たさを感じないような室温において、身体の特定の部位のみがとくに冷たく感ずる場合をいい、その発現は絶対低温だけにより決定されるものではない。」とされている。この定義には次の二点で不備がある。その第一は身体全体に冷えを感じる人がこれに該当しなくなる点であり、第二には手指先端部に冷えを感じる人の多くは自らを「冷え症」だとは思っていないものである。この第二点の詳細については後述したい。

そこで私は「冷え症」の定義を明確化する目的で、富山医科薬科大学和漢診療部を受診中の患者（男性85人、女性163人）と、本学の職員と富山市内の婦人会の協力者（男性39人、女性79人）に表1の間診表に記入を依頼した。

表 1. 「冷え症」の調査用問診票

年 齢	性 別
「冷え症」に関する下記の事項についてあてはまるものがありましたら、番号に○印をつけて下さい。	
0. 「冷え症」だとは思わない。 (冷え症ではない人が○です)	
1. 他の多くの人に比べて“寒がり”の性分だと思う。	
2. 身体全体が冷えて <u>つらい</u> ことがある。	
3. 腰や手足、あるいは身体の一部に冷えが <u>あってつらい</u> 。	
4. 足が冷えるので夏でも厚いクツ下をはくようにしている。	
5. 他の多くの人に比べてかなり厚着する方だと思う。	
6. 冬になると冷えるので電気毛布や電気敷布、あるいはカイロなどをいつも用いるようにしている。	
7. クーラー冷房のきいているところは身体が <u>冷えてつらい</u> 。	
8. 「冷え」のつらさはここ数年つづいている。	
1～8と内容が重なりますが、あてはまることがありましたらいくつでも○印をつけて下さい。	
9. 冬には電気毛布や電気敷布をつかっている。	
10. クーラーはきらいである。	
11. 手足が他の多くの人より冷たい方だと思う。	
12. 夏でも厚手のクツ下をはくのが好きである。	
13. 厚着をするのが好きである。	
14. とくに冬には身体を丸くして寝るクセがある。	
16. 冬とか寒い日などは小便がとても近くなる。	
17. 夏でもあついお茶が好きである。	
18. 他の人よりも自分の顔色は青白い方だと思う。	
19. 体温がいつも36℃より上にはあがらない。	
20. 寒い日には関節がこわばったり、痛んだりすることがある。	

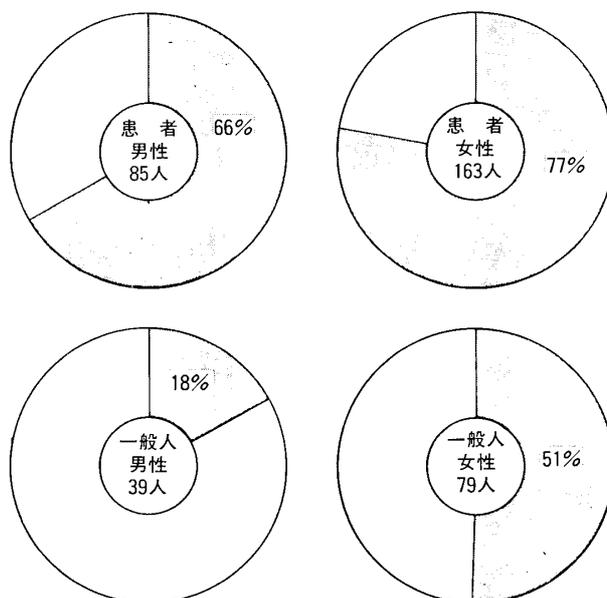


図 1. 和漢診療部受診患者および一般人における「冷え症」(黒部分)の頻度

表 1 は「冷え症」に関連した論文^{1,3,4)}の記述に、私の概念をも加えて試作したものである。

先にも記したように「冷え症」は社会通念として存在する。その通念には個人差が予想されるが、むしろここではこの通念を幅広くとり込むことを意図して、「冷え症」だと思うと言う答を over all scale として、症候の出現を検討した。すなわち「冷え症」だと思うと答えた人の出現率と、思わないと答えた人の出現率との間でカイ二乗検定を行った。

ちなみに「冷え症」と思う人と思わない人それぞれの回答数は図 1 に示すとおりであった。

解析の結果、表 2 に示すような診断基準が考えられた。ここで重要項目としたものは、危険率が 1% 以下の値を示したものであり、参考項目として示した 5 項目は危険率が 5% 以下の症候である。

表 2. 「冷え症」の診断基準

重要項目

1. 他の多くの人に比べて“寒がり”の性分だと思う。
2. 腰や手足、あるいは身体の一部に冷えがあってつらい。
3. 冬になると冷えるので電気毛布や電気敷布、あるいはカイロなどをいつも用いるようにしている。

参考項目

1. 身体全体が冷えてつらいことがある。
2. 足が冷えるので夏でも厚いクツ下をはくようにしている。
3. 冷房のきいているところは身体が冷えてつらい。
4. 他の多くの人にくらべてかなり厚着する方だと思う。
5. 手足が他の多くの人より冷たい方だと思う。

各症状は6カ月以上にわたっていることを前提とし、重要項目2項目以上、重要項目1項目に参考項目2項目以上、あるいは参考項目4項目以上を満たす者を冷え症とする。

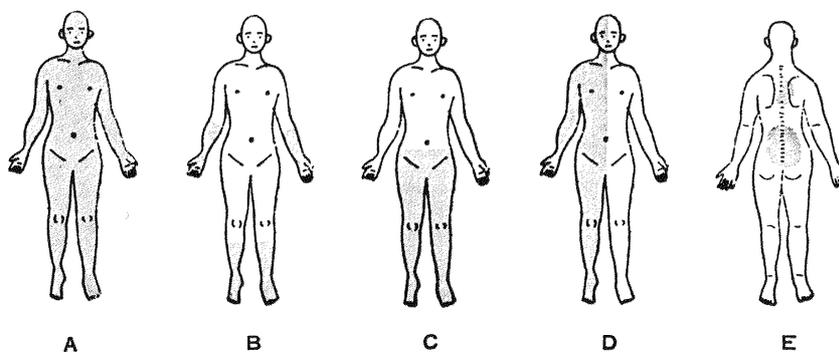


図 2. 「冷え症」における冷え（黒部分）の分布型式

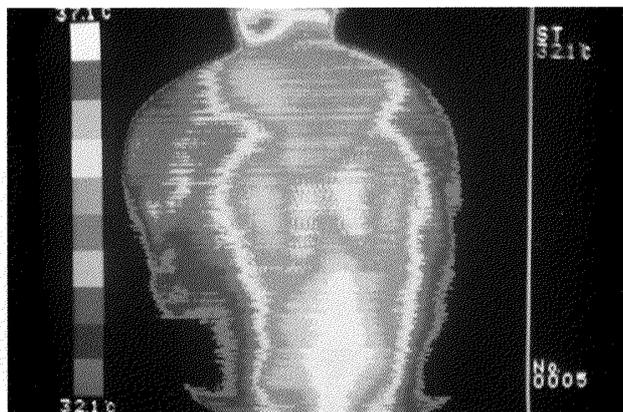


図 3. 腰背部に冷えを訴える患者のサーモグラム
脊柱に沿って低温域がみられる。

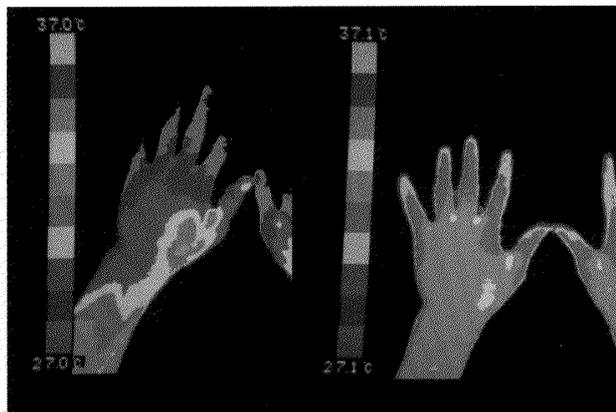


図12. 桂枝茯苓丸投与前後の赤外線サーモグラム
(左：投与前，右：投与後60分)

付帯条項として示した「6カ月以上にわたる症候の存在」は「冷え症」の通念からして、一時点での冷えや寒む気は「冷え症」とは言わないことによるものである。

このようにして明確化された「冷え症」を『医学大辞典』²⁾に倣って定義するとすれば、「冷え症とは、通常の人が苦痛を感じない程度の温度環境下において、腰背部、手足末梢、両下肢、偏身、あるいは全身的に異常な感冷感を自覚し、この異常を一般的には年余にわたって持ち続ける病態をいう。多くの場合、この異常に関する病識を有する。」ということになる。

具体的な事例を示すと、図2Bのように四肢の冷えるもの、あるいは図3のように腰背部に冷えを自覚するものな

どがあり、その多くの症例では赤外線カメラにより、その病像を捕えることができる。しかし稀ではあるが、この種の皮膚表面での温度観察では異常の捕えられないこともあり、冷えの本態は一概に皮膚温の変化のみとは言えないものようである。

II. 漢方医学における「冷え」の認識とその治療

近代欧米系医学は近代自然科学と同一線上で発達を遂げてきたものであり、精神と身体を分離し、生体を物質的側面から捕える傾向にある。そこでは自覚症状は客観性の乏しいものとして軽視される傾向にあり、また特定の疾病を他と区別する特異的な症候は重視されるが、非特異的な症状や症候は重きを置かれられないのが実状である。「冷え」は非特異的な自覚症状であるので、注意が払われていないのである。

他方、漢方医学においては、手足、あるいは身体の冷えは生命力である「気」と、これを担って全身を巡る「血」の循環異常、あるいはこれらの質量の異常によるものとして捕えられ、古来、重要視されてきた。

漢方医学の古典である『傷寒論』⁵⁾、『金匱要略』⁶⁾を一例に挙げると、「手足厥寒」、「腰中冷」、「兩脛自冷」、「逆冷」、「厥」、「厥冷」、「厥逆」、「手足厥冷」、「手足厥逆」、「手足厥寒」、「腹中寒氣」、「陰寒」、「背惡寒」など二十に余る術語が記されている。

これらの「冷え」を発症の要素から分類すると、①気虚・陽虚型、②気滯型、③瘀血型、④水滯型に分類⁷⁾することができる。以下順を追って記してみたい。

1. 気虚・陽虚型の「冷え症」

漢方医学では生命の根源的要素を気に求めている。「気」は生命力そのものであり、働きがあって目に見えないものと定義されている。呼吸、あるいは食物の消化吸収作用の障害は気の量を低下させる。この状態を「気虚」と呼んでいる。その量的損耗が著しい状態を「陽虚」という。

気虚・陽虚に伴う冷え症の特色は、全身倦怠感、易疲労、息切れ、めまい感などを伴う点であり、生命力の衰えが示唆されるものである。

西洋医学的な病態を例にとると、甲状腺機能低下症、脳下垂体前葉機能低下症（シーハン症候群）などで見られる冷え症がこれに該当する。しかし漢方医学的にこの型に分類される「冷え症」において内分泌異常が証明されることはむしろ稀である。

この病型の治療法を表3に掲げた。桂枝湯、玉屏風散、赤丸料などは防風、黄耆、桂枝、細辛などにより主として体表部の気虚を改善する主旨で用いられる。他方、人参湯、呉茱萸湯、大建中湯などは、「気」の生成の場である消化器の機能を鼓舞し、energy supplyを計ろうという主旨で用いられる。さらに四逆湯や附子梗米湯は、消化器のみならず全身の新陳代謝が衰え、気が極度に損耗した病態に用いられる。

気虚・陽虚型の一型として腎虚型がある。腎は父母から与えられた先天的な生命力（先天の気）を宿すとされており、この腎の衰えは夜間尿、毛髪脱落、足腰の衰え、視力低下、性欲の減退などを示す。腰背部、下半身に冷えを訴える症例にはこの腎虚型のものが多いようである。

「冷え症」の客観的観察には赤外線カメラが有力なひとつの手段であることは前項で述べたが、太陰病～厥陰病に位置する病態では中心部体温の低下が存在する模様で、これを捕えることは現時点では困難である。しかし、われわれは図4に示すような電気温鍼法によってその一部を捕えられるものと考えている。この装置は豆電球が点滅する加温器であり、あらかじめ腰背部のツボ（腎兪・至室・脾兪・胃兪）に鍼を3cmほど刺入し、これに加温するものである。これによって比較的深部に熱が導入されることになる。正常人では平均5分程度でその熱さに耐え切れなくな

表 3. 気虚・陽虚型の「冷え症」に用いられる漢方方剤

1) 太陽病類	桂枝湯, 黄耆桂枝五物湯
2) 少陽病類	玉屏風散, 当帰四逆湯
3) 太陰病類	人参湯, 呉茱萸湯, 大建中湯, 附子梗米湯, 八味丸
4) 少陰病・厥陰病類	四逆湯, 茯苓四逆湯, 附子湯, 桂枝附子湯, 烏頭桂枝湯, 赤丸

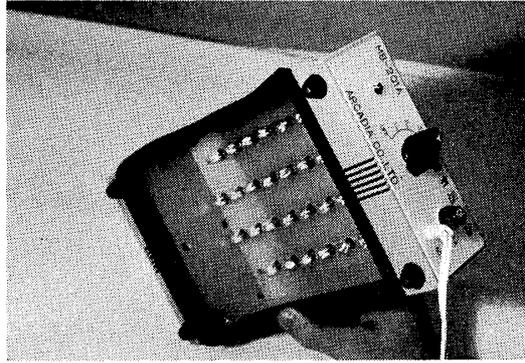


図 4. 電気温鍼器. 100V, 7W の豆電球が点滅する

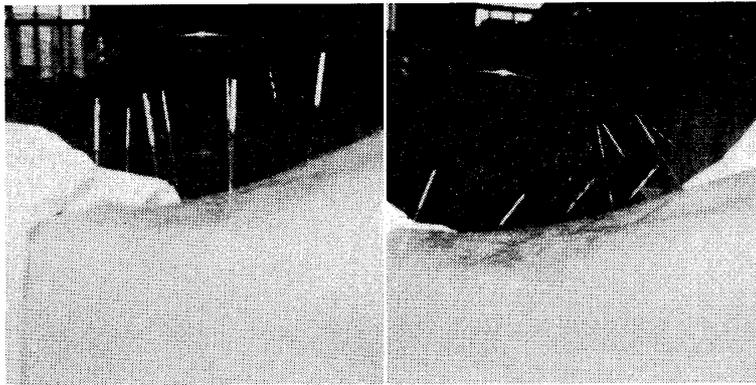


図 5. 電気温鍼を行う前後における鍼の位置変化

術前には筋の過緊張があり、この時刺入した鍼は直立している。電気温鍼によって筋の弛緩が得られると、鍼の角度は変化する。

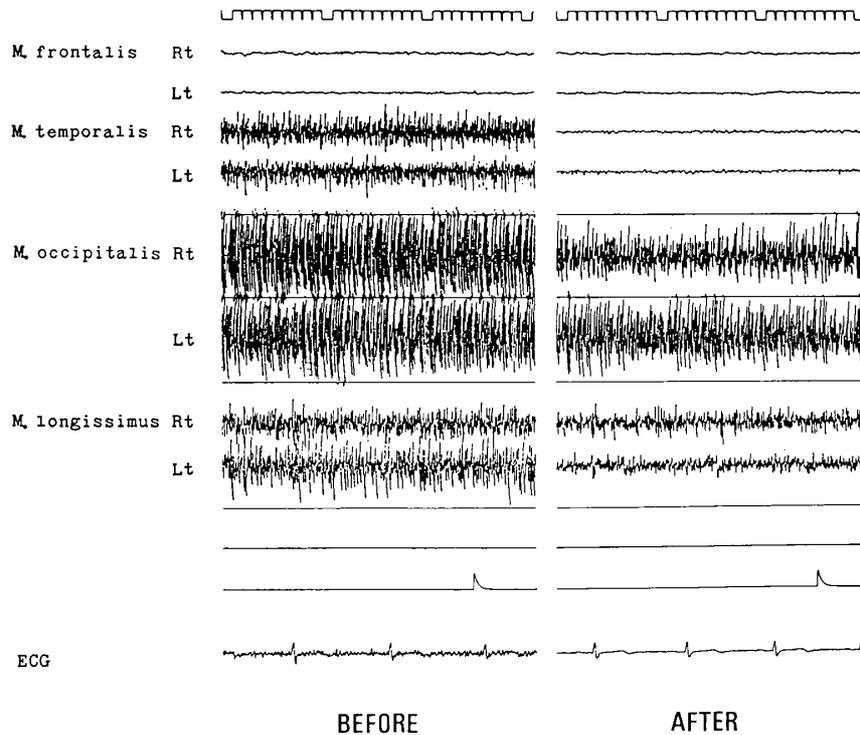


図 6. 電気温鍼前後の表面筋電図
電気温鍼により筋の自発放電は著しく減少している。

るが、深部に冷えのある者では30分以上にわたって、これを心地よい温かさとしか感じないのである。気虚・陽虚型のものではこの電気温鍼時間が長くなり、とくに少陰病～厥陰病に属する症例では著しくその時間が延長する。冷え症の客観的指標として有用であると考えられ、われわれはこれを日常的に臨床の場で利用している。

図5には電気温鍼法により、背部の低温域の温度が上昇し、筋弛緩が得られた一症例を示した。症例は62歳の女性で、筋緊張性頭痛と両下肢痙性麻痺を呈する例である。漢方方剤としては呉茱萸湯と茯苓四逆湯が有効であるが、電気温鍼時間は30分以上を示した。温鍼によって全身の冷えと頭痛は消失した。長背筋の筋の弛緩により刺入した鍼の角度が変化したことが示されている。また図6には同時に記録した頭部、背部の諸筋の表面筋電図を掲げた。筋の弛緩が得られたことが電気生理学的にも捕えられている。

同一症例における血中エピネフリンおよびノルエピネフリンの挙動を電気温鍼の前後で測定した成績を図7に示した。この成績は本症例の愁訴発現の背景に交感神経系を介した生体防御機転が作働していることを示唆しており、さらに電気温鍼法によってこの防御機転が正常化したことも示されている。この成績をもってただちに「冷え症」と血中カテコラミンあるいはストレスとの関連を求めることはできないが、「冷え症」の発症基盤の一要素として将来さらに検討してよいものと考えられる。

2. 気滞型の冷え症

一般に「冷え症」の患者は、冷えのみならず、頭痛、肩こり、易疲労などの症状を伴うことが多く、不健康感を有している³⁾。近年、抑うつ状態が身体的愁訴として表出される「仮面デプレッション」が注目されているが、「冷え症」患者に「仮面デプレッション」を思わせるものも少なくない。精神的な抑うつ状態を、漢方医学では「気滞」と呼んでいる。気滞を改善する生薬には桂枝、香附子、枳実、細辛、陳皮、縮砂、梔子などが知られている。また方剤としては六鬱湯、分心気飲、桂姜棗草黄辛附湯、赤丸料などがある。このような生薬や方剤によって「冷え症」とその随伴症状がとり除かれることも稀ではない。

気滞の一亜型として気逆による「冷え症」も存在する。気逆とは全身を秩序よく巡るべき気が、上半身にのみ集中したり、四肢末梢に向わずに体中心部に逆流してしまう病態である。具体的な症状としては、発作性の顔面紅潮、首から上のみの発汗、下半身の冷感である。この型の「冷え症」もしばしば見られる。

精神的な強いショックを契機として起こる激症型の気逆の症候群に「奔豚気病」がある。この奔豚気病を基盤にした冷え症も少なくない。この病態は、交通事故の加害者となったり、強い叱責を受けたり、あるいは恐怖の体験を契機に起こるものが多い。発作の内容は、下腹部～臍周囲から不快な感じが起こり、これが心窩部から胸内へと突き上げてくる。激しい場合には強い動悸と不安感に襲われ、さらに頭痛、失神をひき起こすこともある。発作の持続は30分前後であるが、1日に何度も起こることがある。このような症例では非発作時にも上熱下寒、すなわち上半身に熱感があり下半身が冷い状態を呈しており、「冷え症」として訴えるものである。

近年われわれは、この奔豚気病の誘発試験法⁸⁾を開発し、本症の病態生理的側面を一部明らかにした^{8,9)}。その概略を述べると、まず胃腔内にゾンデを挿入し、空気を400 ml 注入し、その前後における、血圧、脈拍を計測し、血中カテコラミンを HPLC 法で測定する。図8に誘発試験前後の脈拍および呼吸数を示した。誘発負荷により脈拍数が約90/分から120/分に漸増していることが示されている。この時の呼吸数は抑制傾向にあり、西洋医学的に類似の症

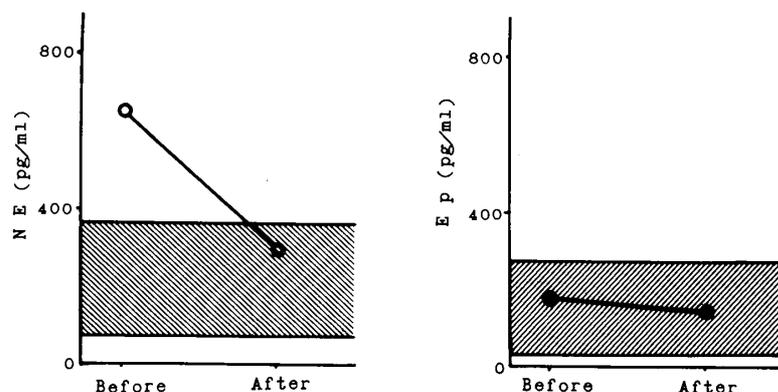


図7. 電気温鍼前後における血中カテコラミンの変化

正常値（斜線部）より高い値を示したノルエピネフリンは、術後正常化している。

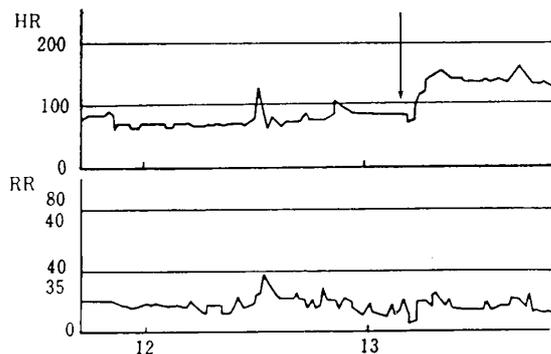


図 8. 奔豚誘発試験における脈拍 (HR) と呼吸数 (RR) の推移

誘発 (矢印) により呼吸は一過性に抑制され、脈拍は漸増することを示した。

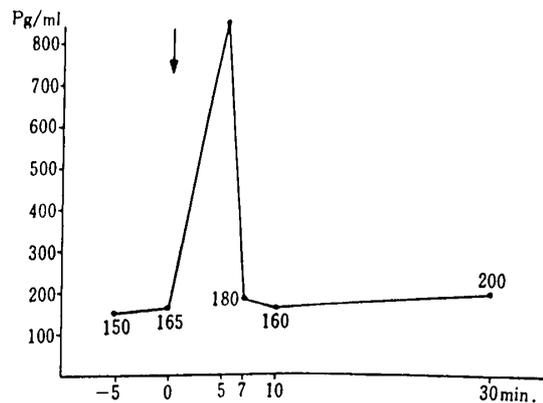


図 9. 奔豚誘発試験における血中ノルエピネフリンの挙動

術前に正常値内にあったノルエピネフリンは、誘発 (矢印) によって 920 pg/ml にまで一過性に上昇した。

状を示す過換気症候群とは別の病態であることがわかる。また脈拍は漸増しており、この点で発作性頻拍症とも異なっていることが明らかになった。

この誘発試験前後の血中ノルエピネフリンの挙動が特徴的で、一過性の急激な上昇がみられている (図 9)。

その後の多数例における検討の結果、本症における血中カテコラミンの挙動には、ノルエピネフリンが単独で上昇する例とエピネフリンとノルエピネフリンが共に上昇する例とがあることが明らかになった。いずれにせよ本症の基盤には交感神経終末を介した反応性のノルエピネフリンの上昇と、一部に副腎髄質の反応によるエピネフリン放出とが重要な役割りを果たしているものと考えられる。このことは、いわゆる「冷え症」の中にこのような自律神経系の関与するもののあることを示している。この型の冷え症には苓桂甘藷湯、良枳湯、奔豚湯などが用いられる。

3. 血虚型の冷え症

漢方医学における血の概念は、現代医学でいうところの血液とは異なるところが多く、その示す範囲はより広いものである。血は生命エネルギーである気の働きを担って、全身を栄養し、生体の恒常性を保ち、外的侵襲から生体を保護する赤色の液体と定義されている。すなわち、各種のホルモン、ビタミンの諸作用、蛋白代謝等もすべて血の作用に含まれる。この血の量に損耗を来した病態が血虚と呼ばれている。その症候は皮膚の荒れ、毛髪の脱落、皮膚の禿裂、爪の生育障害、動悸、めまい、易疲労等である。これらの症候に伴って冷えが存在することがあり、これを血虚型の冷え症という。慢性関節リウマチなどの膠原病や、高齢者に伴ってしばしば出現する。この型の冷え症の治療法としては当帰、川芎、熟地黄、芍薬を主剤とした方剤、すなわち、四物湯、十全大補湯、温経湯、五積散、疎経活血湯などが用いられる。

4. 瘀血型の冷え症

血の流れに障害をきたし、血液がスムーズに流通しなくなり、あるいは脈管外に漏出して血の作用をばたせなくなった状態を瘀血 (おけつ) と呼んでいる。動脈硬化症に伴う血流障害、あるいは凝固・線溶系の異常による血管内凝固、血栓形成などは瘀血と密接に関連する病態であると考えられる。

瘀血病態の症候については古来、様々な記載があるが、近年われわれは本症と関連するとされる症候について多変量解析を行い、診断基準¹⁰⁾を作製した (表 4)。これによると、眼輪部の色素沈着 (目のクマ)、歯肉の暗赤化、舌の暗赤化、臍傍圧痛 (右側) が両性における重要項目であり、また男性では痔疾罹患、女性では皮下溢血傾向と月経障害がそれぞれ重要な項目であることが示されている。

そして、このような瘀血に伴って冷えのみられることは多く、「冷え症」の約 60% はこの瘀血を基盤としていと考えられる。この瘀血の病態ないしは概念については近代医学的解析はほとんどなされておらず、科学的研究が待たれている。

そこでわれわれは診断基準を根拠として、本症の病態解明と治療薬 (駆瘀血剤) の薬効について現在研究を推進している^{11,12)}。

まず瘀血病態における血流が生体内でどのようなものであるかを検討した。図 10 は眼球結膜の血流状態を顕微鏡下で観察する装置である。in vivo で血流を観察する場所は爪床と、この眼球結膜の二カ所のみである。

表 4. 瘀血の診断基準¹⁰⁾

	男	女		男	女
眼輪部の色素沈着	10	10	臍傍圧痛抵抗 左	5	5
顔面黒色	2	2	右	10	10
皮膚の甲錯	2	5	正中	5	5
口唇の暗赤化	2	2	回盲部圧痛・抵抗	5	2
歯肉の暗赤化	10	5	S状部圧痛・抵抗	5	5
舌の紫暗色化	10	10	季肋部圧痛・抵抗	5	5
細絡	5	5			
皮下溢血	2	10	痔疾	10	5
手掌紅斑	2	5	月経障害		10

判定 20点以下 非瘀血病態
 21点以上 瘀血病態
 40点以上 重度瘀血病態

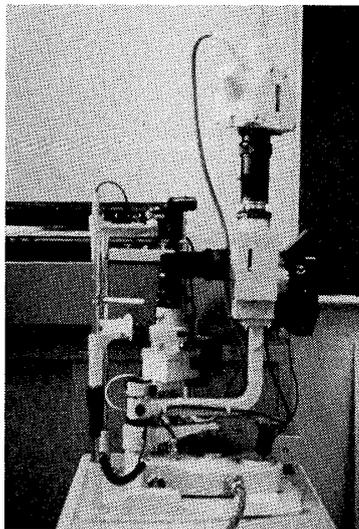


図10. 眼球結膜・顕微鏡観察装置

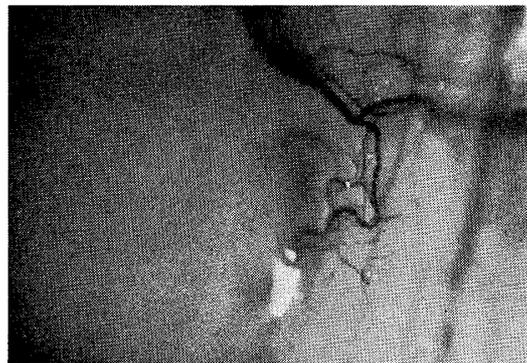


図11. 眼球結膜血管像

血管内の赤血球が団塊をなしており、このため血管が斑状に見える。

この装置を用いてビデオ録画を行うと、血流の速度、微小血管における血流の一過性の途絶、to and fro と呼ばれる順行と逆行性の血流などが観察し、計測できる。図11には「冷え症」で瘀血を示す一症例を示す。この図に示されているように、微小血管内における赤血球は団塊を形成しているのが特徴的である。また流速も低下し、血流の一次的途絶もみられた。すなわち古来いわれてきたように、瘀血病態においては血液がスムーズに流れていないのである。このことは瘀血病態においては組織が慢性的に低酸素、低栄養状態におかれていることを示唆する。

瘀血を改善する漢方方剤、すなわち駆瘀血剤の薬効を、この装置や赤外線サーモグラムを用いて評価することができる。図12には桂枝茯苓丸投与の前後のサーモグラムを示してある。ここに見るように薬物の投与によって血流は改善されており、駆瘀血剤はたしかにこの面での効果を有していることがわかった。

なぜ瘀血病態において血液が団塊を形成したり、流速が低下しているかはいまだ十分明らかではない。しかしわれわれはこの病態における全血粘度と血漿粘度が上昇していることを観察している。表5¹¹⁾には診断基準により分類された非瘀血群と瘀血群の全血粘度の値を示した。値はいずれも回帰式を用いてヘマトクリット45%に補正してある。これによると瘀血病態においては当該ヘマトクリット値から予想される粘度値よりも有意に高い値を示すことがわかる。

ここには示さないが、血漿粘度も瘀血病態では有意に高い値を示すことも明らかになっている。

このような粘度の上昇は当然に微小循環に障害をきたすものと考えられるが、駆瘀血剤はこれに対しどのような効

表 5. 瘀血病態における血液粘度

	Nor-"oketsu" group	Mildly affected group	Severely affected group	
Blood viscosity ^{a)}	<i>n</i> = 26	<i>n</i> = 31	<i>n</i> = 35	
shear rate				
19.2 sec ⁻¹	6.89 ± 0.38	7.11 ± 0.92	7.49 ± 1.17*	(cP)
76.8 sec ⁻¹	4.95 ± 0.23	5.30 ± 0.55**	5.32 ± 0.54**	(cP)
384.0 sec ⁻¹	3.94 ± 0.21	4.15 ± 0.42*	4.14 ± 0.36*	(cP)
Plasma viscosity ^{b)}	<i>n</i> = 15	<i>n</i> = 28	<i>n</i> = 29	
	1.35 ± 0.05	1.49 ± 0.16**	1.49 ± 0.15**	(cP)

The values are expressed as mean and standard deviation.

The asterisks indicate significant difference from non-"oketsu" group: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

a) Corrected to standard hematocrit of 45%, measured at various shear rates.

b) Measured at 384.0 sec⁻¹.

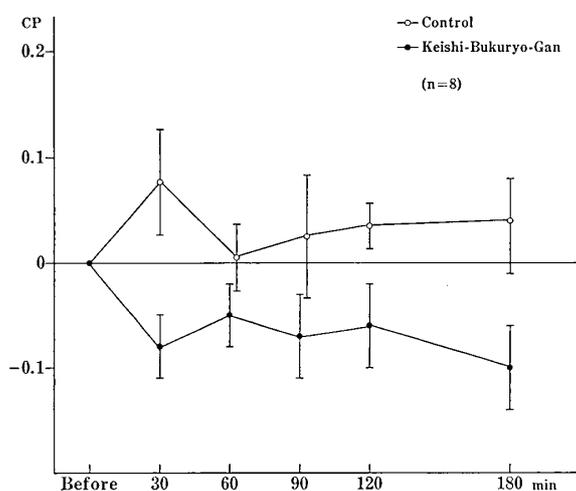


図13. 桂枝茯苓丸急性投与試験における全血粘度の変化 (mean ± S. E.)

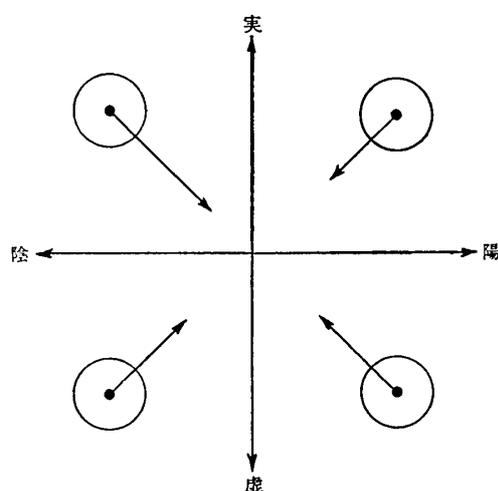


図14. 方剂 (○印) の作用ベクトル
各種の方剂は陰陽と虚実の偏位を正常 (原点)
へ向けて修正するベクトルを有する。

果を有するであろうか. 図13には桂枝茯苓丸の急性投与実験の成績を示した¹³⁾. これは健常人8例に対し, 朝食を絶食とし, 対照として微温湯を100 ml, また被検薬の1日量の煎液100 mlを午前9時に服用させ, その後3時間におわたる全血粘度の推移をみたものである. ここに示されているように, 桂枝茯苓丸の煎剤は有意に全血粘度を低下させる. このような全血粘度の低下は瘀血患者においてもみられ, また駆瘀血剤の長期投与によっても観察されている.

駆瘀血剤として「冷え症」に頻用されるものとしては, 陽証で実証のものでは桃核承気湯, 桂枝茯苓丸, 女神散, 陽証で虚証のものでは加味逍遙散, 五積散, そして陰証で虚証のものでは当帰芍薬散がある.

5. 水滯型の冷え症

気の働きを担って生体を滋潤し, 榮食し, 生体の恒常性を保ち, 外的侵襲から生体を保護する無色の液体を水あるいは津液 (しんえき) という.

津液が身体の一部に偏在した病態を水滯あるいは水毒という. 「冷え症」患者の中にこの水滯を基盤に有するものが存在する. 水滯の症候を表6に示した.

このような病態を基盤とする「冷え症」に対し, その治療薬としては茯苓, 白朮, 蒼朮, 猪苓, 沢瀉などの利水の生薬が用いられる. 利水の方剂のうち「冷え症」に頻用されるものには真附湯, 附子湯, 桂枝加苓朮附湯などがある.

表 6. 水滞の症候

1) 分泌異常	水様性の鼻汁・喀痰, 唾液分泌過多, 尿量減少, 尿量過多, 水瀉性下痢
2) 水の停滞	浮腫, 胸水, 腹水, 腹中雷鳴, 心窩部拍水音, 腹大動脈の拍動亢進
3) 自覚症状	動悸, 眩暈, 立ちくらみ, 車酔い, 耳鳴, 頭痛, 口渇, 悪心, 嘔吐



図15. 深部体温計のプロープと記録装置

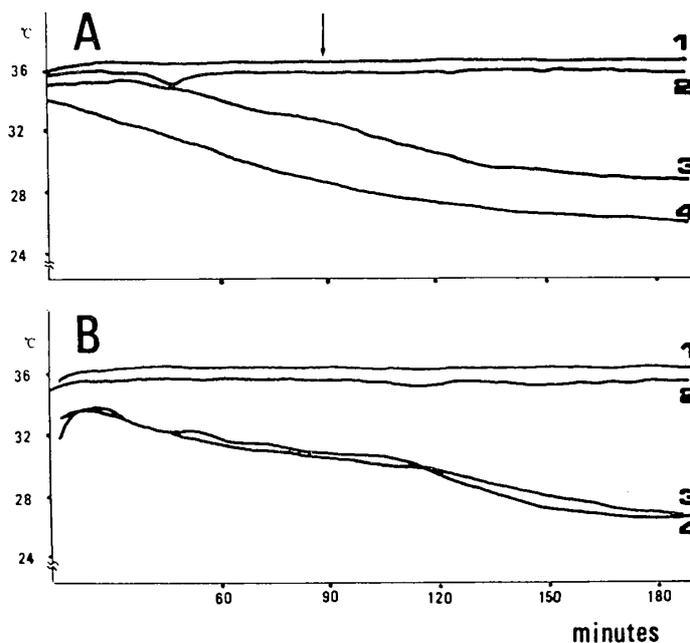


図16. 大和当帰急性投与実験における深部体温の変化(A: 当帰投与, B: 対照)

当帰適応患者では手掌 (3), 足蹠 (4) とともに温度低下が抑制される。(1) 前額部, (2) 腹部深部温。

III. 陰陽論からみた冷え症の治療理念

上述のように気血水論から「冷え症」の病的基盤を論じることが可能であるが、他方、実地臨床の場においてはこれに加えて陰陽論的な立場から具体的な方剤を選定している。

たとえば、同じく瘀血型の冷え症であっても症状が積極的で、発揚的な陽の病症と、症状が消極的で沈降的な陰の病症とでは方剤が異なる。すなわち陽性が著しければ桃核承気湯、陰性であれば当帰芍薬散を用いるのである。この陰陽論的発想は漢方医学の根幹をなす治療理念であって、これを図示すると図14のように展開できると考えている。

すなわち各種の方剤は生体の歪みを原点として示される正常状態へと引きもどすベクトルを有していると考えられるのである。ここで実と虚という概念は気血論でいう生命エネルギーたる気と血の病変部での充実と虚弱を示すものと考えてよい。たとえば桃核承気湯が適応となる病症では顔色良好で、脈も腹も充実しており、陽性で、気血に充ちている。しかも手足や背部に冷えを訴えるという病態である。他方、当帰芍薬散が適応となる病態は、同じく瘀血の病症を示しながら、顔面は蒼白で冷え冷えとしており、脈にも腹にも力がなく、気血に乏しい冷え症の病態である。

このような陰陽論的な治療理念は、言わば薬物の応答性に対する作業仮説であるが、この妥当性を示すいくつかの事象をわれわれは観察している¹⁴⁾。ここではその一例として「冷え症」の治療にしばしば用いられる当帰(大和当帰)の末梢深部温度に対する作用を示してみたい。

実験に用いた深部体温計(テルモ社, コアテンプ)は図15に示すようにヒーターを内蔵したアルミニウムカップと、この中に埋めこまれた断熱剤と、カップ中央皮膚面に置かれたサーミスターから成るプロープにより温度を検出する装置である。プロープ中央のサーミスターから得られた温度と外側のアルミニウムカップの温度が同一になるように

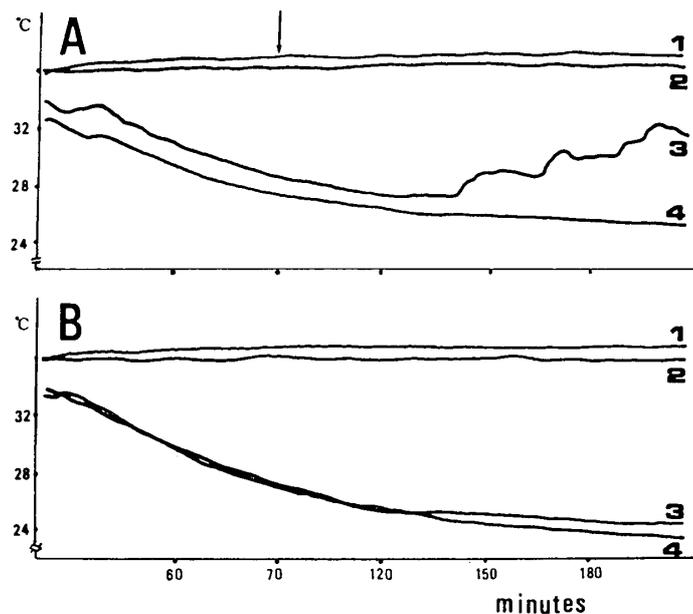


図17. 当帰非適応患者における深部体温の変化 (A: 当帰投与, B: 対照)
 手掌 (3) のみが著しく温度上昇を示す. (1) 前額部, (2) 腹部深部温.

ヒーターにフィードバックがかけられる仕組みであり、これによって深部体温と平衡状態が得られると、安定した深部皮膚温が記録される。この装置の利点は、皮膚表層の血流が精神緊張や気流により容易に変化する不安定性を消去しうることにある。

この深部体温プローブを前額部、腹部、手掌、足蹠に貼付し、さらに参考として単純なサーミスターを手背、足背に当て、6チャンネルで記録を行った。なお測定には23°Cの恒温室を用いた。図16には当帰四逆加呉茱萸生姜湯が奏効しているシャルコ・マリー・トゥース病の一例を示す。本症例に大和当帰10gの煎液100mlを経口で投与した場合の深部温の変化は投与後約70分で手掌、足蹠ともに3°Cの上昇を示した。この際、患者は心地よい手足の温まりを自覚している。

このように当帰が適応となる虚証の患者では好ましい薬効が得られるが、他方、桃核承気湯が適応となるような陽・実の病症を有する症例では当帰は不快な上逆感を現わす。図17にはこのような当帰不適応病態の症例を示した。手掌温のみが階段状に4°C以上上昇している。われわれは当帰に対する応答性から分類して、手掌・足蹠が共に上昇する型をI型、手掌のみの異常な温度上昇を示すものをII型と呼んでいる。

このように当帰ひとつを例にとってみても生体の応答は個体のおかれている病症によって異なっている。この応答性を薬物投与の以前に判断するために陰陽論的な作業仮説さらに言えば、“証”の概念が存在するのではないかと私は考えている。

結 語

近年、医療の場では“Quality of Life”ということが言われている。医学の進歩は医療に反映され、医療のニーズが医学研究を方向づけるのが好ましい姿であるが、その過程において、ともすると医学のみが独走し、研究のための研究がなされることが無いわけではない。この矛盾があるゆえに、医療の場からあえて“Quality of Life”などというスローガンが出されるのである。医学・医療の究極の目的は、内容の豊かな人生を全うすることであって、人工呼吸器に介助され、家人との会話もできない状況で生き永えなくてもよいではないかという素朴な疑問も厳として存在する。ホスピス運動はこのような見地から展開されているひとつの動きである。

今回とりあげた「冷え症」は、逆の位置にあり、医学研究にはなじまない症状であるが、医療の場ですらそれが生命に直接危険を与えないという理由と、個人的に生活を工夫すればこの苦痛をどうにか乗り切れるとの理由で看過されているのである。しかし「冷え症」に伴う頭痛、消化器症状、シビレなどは明らかに“Quality of Life”を貧弱なものとしており、また今回の調査によって、そのpopulationは決して稀ではないことも明らかになった。まさに重大な問題であると言わざるを得ない。

「冷え症」に対する治療法は確立しておらず、西洋医学的には α -トコフェロールやマイナートランキライザーが

用いられるとは言え十分に対応しきれないのが現状である。他方、漢方医学はその病態認識においても、また治療手段においても今後、科学的に解明するに値する内容を有している。陰陽論的発想に根ざした研究、あるいは複合生薬の薬理学の確立が待たれている。

謝 辞：本講演の機会を与えていただいた、第33回日本生薬学会年会会頭・城西大学薬学部 森田 豊教授に深謝する。本研究の一部はカネボウ薬品株式会社の研究助成金によりなされたものである。

引用文献および注

- 1) 長谷川直義, 村井憲男, 冷え症に対する vasculat-PL の治療, 産科と婦人科, **38**, 203 (1971).
- 2) 相沢豊三, “医学大辞典”, 南山堂, 東京, 1954, p. 1269.
- 3) 九嶋勝司, 齋藤忠朝, 所謂「冷え症」について, 産婦人科の実際, **5**, 603 (1956).
- 4) 加藤順三, 佐藤正仁, 冷え症について—現代医学から, 現代東洋医学, **2**(4), 11 (1981).
- 5) 大塚敬節, “傷寒論解説”, 創元社, 大阪, 1966.
- 6) 大塚敬節, “金匱要略講話”, 創元社, 大阪, 1979.
- 7) 神戸中医学研究会編, 中医学入門, 医歯薬出版, 東京, 1981, p. 105.
- 8) 土佐寛順, 松山幸孝, 三浦圭子, 寺澤捷年, 奔豚気病に関する一考察(Ⅱ)—奔豚気病の病態生理的側面, 日東洋医誌, **38** (1987) (印刷中).
- 9) 寺澤捷年, 土佐寛順, 松山幸孝, 三浦圭子, 奔豚気病に関する一考察(Ⅲ)—奔豚気病の病型分類, 日東洋医誌, **38** (1987) (印刷中).
- 10) 寺澤捷年, 篠田裕之, 今田屋章, 土佐寛順, 坂東みゆ紀, 佐藤伸彦, 瘀血症の症候解析と診断基準の提唱, 日東洋医誌, **34**, 1 (1983).
- 11) K. Terasawa, K. Toriizuka, H. Tosa, M. Ueno, T. Hayashi, M. Shimizu, Rheological Studies on “OKETSU” Syndrome I. The Blood Viscosity and Diagnostic Criteria, *Wakan Iyaku Zasshi / J. Med. Pharm. Wakan-Yaku*, **3**, 98 (1986).
- 12) 寺澤捷年, 松田治己, 今田屋章, 土佐寛順, 三瀆忠道, 鳥居塚和生, 本間精一, 自家製・桂枝茯苓丸の臨床効果に関する研究, 日東洋医誌, **35**, 131 (1984).
- 13) 寺澤捷年, 今田屋章, 土佐寛順, 三瀆忠道, 伊藤 隆, 坂東みゆ紀, 駆瘀血剤の血液学的研究—全血粘度に対する効果, *Proc. Symp. Wakan-Yaku*, **16**, 119 (1983).
- 14) K. Terasawa, A. Imadaya, H. Tosa, T. Mitsuma, K. Toriizuka, K. Takeda, M. Mikage, M. Hattori, T. Namba, Chemical and Clinical Evaluation of Crude Drugs Derived from *Angelica acutilobae* and *A. sinensis*, *Fitoterapia*, **16**, 201 (1985),